



## ASST Santi Paolo e Carlo

### RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGETTO PER CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

**TITOLO:** Progetto: “Programma di azioni innovative per la Salute Mentale TR103 – Servizio Ambulatoriale per la diagnosi e il trattamento dei disturbi dello spettro autistico in età adulta”.

**CODICE AVVISO: DSM-TR103-PSICOTER-PR. 1)**

**DESCRIZIONE:** Implementazione del centro per la diagnosi, la presa in cura e la ricerca su pazienti adulti con disturbo dello spettro autistico.

**UNITA' D'OFFERTA:** n. 1 unità

**FIGURA PROFESSIONALE SANITARIA RICHIESTA:** Psicologo-Psicoterapeuta

**Laurea:** in PSICOLOGIA (Magistrale)

**Specializzazione:** in PSICOTERAPIA con obbligo d'iscrizione all'albo professionale/abilitazione.

**ESPERIENZE E COMPETENZE RICHIESTE:** Esperienza nell'ambito clinico dei disturbi dello spettro dell'autismo.

**Centro di costo a cui assegnare la risorsa:** S.C. Psichiatria 52 – Presidio San Paolo

**CRITERI DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO PER VOLUMI E/O INDICATORI QUALITATIVI:**

X circa n. 2 accessi per una media di 10 ore settimanali finalizzate alla realizzazione delle attività progettuali.

**COMPENSO FORFETTARIO LEGATO ALLA TIPOLOGIA DI FABBISOGNO:** € 23,00= lordi/ora oltre contributi previsti per legge.

**PERIODO TEMPORALE DI DURATA DEL PROGETTO:** dalla data della stipula del contratto e fino al 31/12/2021.

**Modalità di finanziamento:** Costi aziendali

Ai sensi dell'art. 7 comma 6 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. il Direttore del Dipartimento Gestionale e della S.C./S.S./S.S.D. coinvolti con la presente attestano di aver preliminarmente accertato l'impossibilità oggettiva di utilizzare le risorse umane disponibili nel Dipartimento e nella S.C./S.S./S.S.D. interessati ai fini dello svolgimento/realizzazione del progetto di cui trattasi.

Timbro e firma  
IL DIRETTORE  
Dipartimento Salute Mentale  
f.to (Prof. O. Gambini)

Timbro e firma  
IL RESPONSABILE S.C. Psichiatria 52  
f.to (Prof. O. Gambini)

Timbro e firma  
IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO  
f.to dr. R. Baldelli



parte riservata alla compilazione del **LIBERO PROFESSIONISTA** (da allegare alla domanda di partecipazione)

**CODICE AVVISO: DSM-TR103- PSICOTER PR. 1)**

COGNOME: _____	NOME: _____	NATO/A A: _____	( ) IL _____
RESIDENTE A: _____			
CODICE FISCALE: _____ QUALIFICA PROFESSIONALE: _____			
DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO:			
<input type="checkbox"/> circa n. 5 accessi settimanali per minimo n. 28 ore settimanali di attività.			
_____			
Data _____	IL PROFESSIONISTA (firma leggibile)		

- Le modalità operative finalizzate all'esecuzione del progetto saranno oggetto di accordo con il Direttore del Dipartimento/UOC/S.S. coinvolti, sulla base della proposta elaborata dal libero professionista.

- Il Direttore del Dipartimento/UOC/S.S. coinvolti nella realizzazione del progetto verificherà, con cadenza temporale prestabilita, lo stato di raggiungimento degli obiettivi prefissati dallo stesso, al fine di procedere alla corresponsione dei ratei spettanti al professionista relativamente all'attività prestata per il periodo di tempo oggetto di liquidazione.